様式第１号

（表面）

診療報酬明細書等開示請求書（本人用）

年　　月　　日提出

福井県後期高齢者医療広域連合長　殿　　受付整理番号＿＿＿＿＿＿

請求者欄	氏名	（フリガナ） ㊞	男 女	年　　月　　日 生
	住所	〒　　－　　都道府県　　郡市区　　町村 （電話）　　－　　－		
	受診者との関係	1. 本人　2. 法定代理人　3. 任意代理人	窓口交付による開示実施希望日 年　　月　　日	
	開示(交付)の方法	1. 窓口交付を希望 2. 郵送による交付を希望(通常 ・ 書留)		

※　「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。
　なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ登録されている印を押印してください。
　（その他の場合は、押印の必要はありません。）

※　「住所」欄は、請求者が提出又は提示した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番、アパート名等まで詳しく記入してください。

個人情報の保護に関する法律（平成１５年法律第５７号）第２５条第１項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

受診者欄	氏名	（フリガナ）	男 女	1 明治. 2 大正. 3 昭和. 4 平成 年　　月　　日 生
	住所	〒　　－　　都道府県　　郡市区　　町村 （電話）　　－　　－		
	診療時における被保険者証の記号番号		診療時における被保険者証の保険者番号	
	＊被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください	＊診療時における氏名：		
		＊診療時における住所：		

※　開示請求者が本人の場合は、「氏名、性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。

診療年月	診療報酬明細書等区分
年　　月診療分	1.医科入院　2.医科入院外　3.歯科　4.調剤　5.その他
保険医療機関等名	(所在地)
年　　月診療分	1.医科入院　2.医科入院外　3.歯科　4.調剤　5.その他
保険医療機関等名	(所在地)
年　　月診療分	1.医科入院　2.医科入院外　3.歯科　4.調剤　5.その他
保険医療機関等名	(所在地)
年　　月診療分	1.医科入院　2.医科入院外　3.歯科　4.調剤　5.その他
保険医療機関等名	(所在地)

受付日付印

受領者(依頼者)署名

＿＿＿＿＿＿＿＿

※受領の際にご記入下さい。

（裏面）

※　以下の各欄は記入する必要がありません。

A 依頼者の本人確認書類	1. 運転免許証　2. 健康保険被保険者証　3. 船員保険被保険者証 4. 国民健康保険被保険者証　5. 後期高齢者医療被保険者証 6. 共済組合員証　7. 外国人登録証明書　8. 住民基本台帳カード 9. 旅券(パスポート)　10. 年金手帳(年金証書) 11. 共済年金証書　12. 恩給証書　13. その他(　　)

B 法定代理人の確認書類	1. 登記事項証明書　2. 家庭裁判所の証明書 3. その他(　　)

C 任意代理人の確認書類	1. 被保険者本人の署名・押印のあるレセプト開示請求に係る「委任状」 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書

＊　Ｃの書類は、２点とも必要。

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号	－	－	－	－	－
	－	－	－	総枚数　　枚	